TRAVAUX ORIGINAUX

—

I

Du rétrécissement hémiopique du champ visuel chez les tabétiques. Sa valeur pronostique,

Par le Dr R. Jocqs.

D'ordinaire, lorsque le nerf optique est pris dans le tabes, l'atrophie marche plus ou moins rapidement, mais d'une façon uniforme pour toutes les fibres du nerf, de telle sorte que le rétrécissement progressif du champ visuel marche de pair avec l'affaiblissement de la vision centrale. Ce qui marque bien la diminution de sensibilité du nerf, c'est la disparition précoce du champ visuel des couleurs, alors que celui du blanc peut encore présenter des limites presque normales.

Il n'est pas très rare cependant, dans l'atrophie tabétique, de voir le champ visuel présenter des encoches obscures qui le rendent irrégulier. Ces encoches peuvent répondre à des quadrants entiers d'insensibilité rétinienne et lorsque deux quadrants voisins se réunissent, on peut avoir comme résultat un champ visuel hémiopique.

Dans ces cas, bien que l'acuité visuelle centrale soit relativement conservée, il est cependant fort rare qu'elle demeure normale quelque temps. D'ordinaire, elle a subi une diminution plus ou moins considérable, en même temps que le champ visuel est devenu hémianopique.

Je désire rapporter trois de ces cas dont deux avec conservation de la vision centrale normale, non pas dans le seul but de faire part d'une curiosité clinique, mais surtout pour démontrer comment la connaissance d'une pareille forme du champ visuel chez les tabétiques peut nous donner des indications très utiles pour le pronostic de l'affection oculaire chez ces malades.

Observation I.

Mme G. 48 ans, se présente en 1898 pour une diminution progressive de la vision.

N'a jamais eu de maladie grave. Pas de syphilis. A deux enfants bien portants. Pas de fausses couches. Sujette aux migraines depuis son enfance.

La vue de l'œil gauche est complètement perdue, mais elle ne s'est pas aperçue du début de l'affaiblissement, parce qu'elle voyait bien de l'œil droit. C'est seulement la faiblesse croissante de ce dernier qui lui a fait porter son attention sur l'œil gauche, qu'elle a trouvé aveugle.

Depuis quelque temps, se plaint de douleurs lancinantes sur les membres et sur le corps.

Examen : Les yeux ont l'aspect extérieur normal.

Pupilles moyennes. Signe d'Argyll-Robertson.

$$V \begin{cases} O\ D + 0{,}25 = 2/3 \\ O\ G = 0 \end{cases}$$

Champ visuel : O D (temporal 5° ; nasal ... 50° ; haut .... 45° ; bas ..... 45°)

O G = 0

Couleurs : *Vert et rouge* : seulement au point de fixation.

Bleu : près de la limite du blanc.

Ophtalmoscope : *Papille gauche* : atrophie grise. Vaisseaux conservés. Contours nets.

Papille droite : encore légèrement colorée, mais uniformément ; le côté nasal pas plus que le côté temporal : pâleur uniforme. Vaisseaux conservés. Contours nets.

Choroïde et rétine : Aspect normal.

Réflexes rotuliens seulement affaiblis.

Pas de troubles de la marche.

Rien du côté des fosses nasales et des sinus.

Pendant trois ans que j'ai pu suivre cette malade, son état ne s'est pas modifié.

Traitement : Iode métallique et arsenic, injections de strychnine à la tempe ; courants continus.

Observation II.

M. G., âgé de 55 ans, se présente en octobre 1900, pour un affaiblissement de la vue qui a commencé il y a un an environ.

VALERIANATE PIERLOT
PUISSANT ANTISPASMODIQUE
neurasthénie, spasmes de l'accommodation, tics de la face et des paupières, névroses, etc.
LANCELOT ✻ et Cie, pharmaciens, 26, rue Saint-Claude, PARIS

Pas de syphilis.

Aucune maladie sérieuse antérieure.

Douleurs fulgurantes en diverses parties du corps et crises vésicales qui ont considérablement diminué depuis que la vue commence à baisser.

Examen : Les deux pupilles en myosis. Signe d'Argyll Robertson.

$$V \begin{cases} O\,D,\ E = 1/10 \\ O\,G + 1 = 1/4. \end{cases}$$

Ch. visuel : OD { temporal : dépassant légèrement le point de fixation. ; nasal ..... 45° ; haut ..... 30° ; bas ..... 35° }

O G = à peu près le même, sauf que le point de fixation est dépassé du côté temporal de 5° environ.

Couleurs : O D, achromatopsie à peu près complète.

O G, voit encore le vert et le rouge au centre et le bleu à quelques degrés.

Ophtalmoscope : Papilles à peu près uniformément grises. Vaisseaux conservés. Contours nets.

Choroïde et rétine. Aspect normal.

Réflexes rotuliens abolis.

Pas de troubles de la marche.

Rien du côté des fosses nasales et des sinus.

J'ai suivi ce malade pendant 18 mois environ.

Au bout de trois mois, l'œil droit, qui avait la limite de son Ch. V. temporal tangent au point de fixation, est devenu à peu près aveugle, lorsque la limite temporale a coïncidé avec le point de fixation. La perception lumineuse dans le champ visuel nasal a persisté encore longtemps et puis s'est éteinte tout à fait avec le rétrécissement progressif de ce côté.

L'œil gauche, dont le champ visuel temporal dépassait de quelques degrés le point de fixation a conservé la vision distincte plus longtemps, mais l'a perdue aussi rapidement, lorsque la limite temporale est arrivée au centre. Une partie du champ visuel nasal persistait encore, mais ne servait qu'à une perception vague, insuffisante même pour lui permettre de se conduire.

Observation III.

M. G. 54 ans, se présente en octobre 1900, parce qu'il s'est aperçu tout d'un coup, en fermant l'œil gauche, qu'il voyait très mal du droit.

A l'âge de 18 ans, il a eu une excoriation préputiale guérie en quelques jours. Traitement par quelques pilules. Pas de roséole, pas de plaques muqueuses, aucun accident imputable à la syphilis. Père de deux enfants très bien portants.

Pas de maladie antérieure grave.

Examen : Les deux pupilles en myosis extrême. Signe d'Argyll-Robertson.

$$V \begin{cases} O\,D + 1{,}25 = 1/8 \\ O\,G + 0{,}75 = 1 \end{cases}$$

Champ visuel : O D { Temporal. 70 ; Nasal..... 65 ; Haut..... 50 ; Bas..... 60 }

Couleurs : Vert et rouge = 0.

O G, normal pour le blanc et les couleurs.

Ophtalmoscope : Papille droite uniformément décolorée.

Papille gauche à peu près normale, peut-être trop pâle, étant donné le teint brun du malade.

Larmoiement réflexe des deux côtés.

Réflexes rotuliens très affaiblis.

Pas de troubles de la marche.

Quelques petites douleurs lancinantes, mais auxquelles le malade n'aurait pas pris garde, si on ne portait pas son attention sur ce point.

Rien du côté des fosses nasales et des sinus. D'octobre 1900 à mars 1901, la vision de *l'œil droit* baisse rapidement, en même temps que le champ visuel se rétrécit. Le 30 mars, O. D. V = 1/50. Fin avril, O D n'a plus que la perception lumineuse.

Pendant ce temps, *l'œil gauche* conserve sa vision normale, mais le champ visuel se rétrécit légèrement en dehors,

Même état jusqu'en mai. La papille gauche devient plus pâle. A partir de ce moment, le malade quitte Paris.

Retour en novembre 1901 : changements notables.

O G : V = 2/3 difficile.

Champ visuel. Temporal, 5°.

Dans les autres méridiens, les limites sont sensiblement les mêmes que lors du premier examen. Malgré que la vision centrale de l'OG soit encore assez bonne pour permettre la lecture, le malade commence à être gêné pour se conduire, en raison de la cécité à droite et de la disparition de la moitié du champ visuel de l'œil gauche.

En janvier : même état.

Le traitement a consisté en iode métallique et arsenic à l'intérieur et en injections de strychnine à la tempe, injections sous-cutanées de nitrite de soude et courants continus.

Il est à remarquer que la diminution de la vision s'est produite pendant l'absence du malade, où le traitement a pû être fait irrégulièrement ou pas du tout.

*
* *

J'ai tenu à relater ces trois cas, en raison de la forme hémiopique du rétrécissement du champ visuel.

D'ordinaire, chez les tabétiques atteints d'atrophie optique, la vision baisse d'une façon progressive et régulière. L'un des deux yeux est souvent plus atteint et perd la vue le premier ; il n'est pas rare de voir l'autre œil garder la vision normale pendant plusieurs années ; mais, lorsque celui-ci est pris à son tour, en raison des progrès réguliers de l'amaurose, on peut prévoir, à un assez long terme, le moment où la cécité sera complète. Dans ces cas, le malade se fait encore difficilement des illusions et en tout cas, son entourage, sachant à quoi s'en tenir, peut prendre ses précautions.

Il n'en est pas de même lorsque ces malades deviennent presque subitement aveugles et c'est le cas lorsque chez eux le rétrécissement du champ visuel prend la forme hémiopique.

Dans la première observation, un œil étant complètement aveugle et l'autre ayant un champ visuel presque hémiopique, nous pouvons prévoir que cette malade sera complètement aveugle, pour la vision distincte, lorsque la limite temporale aura atteint le point de fixation, bien que la vision centrale soit encore excellente.

Dans la seconde observation, nous avons vu les deux yeux atteints de rétrécissement du champ visuel à forme hémiopique. L'œil le plus atteint a perdu la vue presque subitement. L'autre a vu encore quelque temps, puis est devenu amaurotique également presque du jour au lendemain. Il est vrai qu'ici la vision centrale était mauvaise des deux côtés et que le malade s'attendait à la voir disparaître tout à fait.

Il n'en est pas de même dans le troisième cas. Ici, l'œil droit était déjà très mauvais, lorsque le malade s'en est aperçu. Mais le gauche avait encore sa vision normale. Le malade avait fait le sacrifice de l'œil droit, mais l'excellente vision de l'œil gauche le laissait dans une quiétude dont il eût été difficile et d'ailleurs prématuré de le tirer à ce moment.

Plus tard, le rétrécissement du champ visuel devient presque hémiopique et menace le point de fixation. Cependant, la vision du malade demeure excellente, au point qu'il peut lire les plus petits caractères et par conséquent vaquer encore à ses affaires. Or nous savons que, dans ces conditions, presque du jour au lendemain, ces malades peuvent devenir aveugles en perdant la vision centrale, malgré la conservation d'une partie du champ périphérique. Il n'y a pas de temps à perdre à ce ce moment pour prévenir le malade du sort qui l'attend. S'il est en effet condamnable de dévoiler la gravité de son cas à un malade menacé de mort, nous croyons qu'il est, au contraire, du devoir du médecin de le prévenir, quand il est sur le point de devenir aveugle, C'est une nouvelle existence qui va commencer pour lui, bien pénible sans doute, mais dont la cruauté lui sera adoucie par les précautions qu'il aura pu prendre en prévision de ce malheur. Ainsi, dans notre troisième observation, nous avons affaire à un homme intelligent, instruit, en pleine activité. Ne devions nous pas le prévenir qu'il était menacé de devenir aveugle en quelques jours ? C'est ce que nous avons fait et il nous en a été reconnaissant. Cette précaution lui a permis en effet de liquider son commerce en pleine prospérité et de se préparer à sa nouvelle existence d'aveugle, dont le temps, plus qu'on ne croirait, adoucit singulièrement l'amertume.

Cette question ne se pose pas en présence des formes ordinaires d'atrophie optique où la vue décroît progressivement. Ici, le malade est fixé de longue date sur le sort qui l'attend. Mais on comprendra que ces cas où le rétrécissement du champ visuel prend une forme hémiopique comportent un pronostic tout particulier, puisque la vision utile peut disparaître très rapidement et sans que le malade pût s'y attendre.

Nous ferons remarquer en passant que nos trois observations confirment ce fait indiqué par Schweigger et Fœrster, à savoir que dans l'atrophie tabétique le champ visuel se rétrécirait davantage du côté temporal.

Un autre point digne d'être relevé dans nos observations, c'est que, sur nos trois malades, deux n'étaient assurément pas syphilitiques et le troisième ne l'était pas d'une façon certaine. Cette proportion de un sur trois est d'ailleurs celle que, dans notre pratique personnelle, nous avons trouvée en ce qui concerne les relations de la syphilis et du tabes. Or, étant donné le grand nombre de syphilitiques (1), cette proportion de un sur trois ne peut pas nous suffire pour établir une relation de cause à effet entre la syphilis et le tabes.

Il faut d'ailleurs reconnaître que certains médecins trouvent trop facilement la syphilis chez leurs malades, sans y être suffisamment autorisés par des signes certains. Il est évident que si, comme nous l'avons vu faire pour le besoin de la cause, on déclare syphilitiques tous ceux qui ont eu des maux de gorge, la chute de leurs cheveux et même une simple écorchure de la verge, on trouvera la syphilis chez plus des trois quarts du genre humain.

Notons enfin combien, conformément à la règle, le tabes est bénin chez nos trois malades amaurotiques, à peine quelques douleurs fulgurantes qui disparaissent d'ailleurs à mesure que la lésion optique fait des progrès. Pas le moindre symptôme ataxique.

Cependant, le diagnostic de tabes n'est pas douteux. Ils avaient, tous les trois, le signe d'Argyll-Robertson et les deux derniers présentaient le myosis, qui paraît encore plus caractéristique que le signe de Robertson.

II

Elephantiasis lymphangiectasique et lymphangiome caverneux des paupières. Par le prof. KONIGSHOFER (*Ophtalmologische Klinik*. 1902, n° 2. p. 2.)

M. W..., couturière à Stuttgard, se présente à moi pour la première fois le 5 janvier 1901.

O. D. H + 1. O. D. V = 5/4 ; 0.4 sans correction.

O. G. H + 3. O. D. V = 55/12 ; 0.6 difficilement avec + 3 D.

L'ophtalmomètre de Javal et Schiœtz montre un astigmatisme à axe vertical de 2.5 D. Les verres cylindriques n'améliorent pas l'acuité visuelle.

Autres fonctions : perception des couleurs, sens lumineux, champ visuel, etc., sont normales.

L'examen ophtalmoscopique ne montre rien de particulier ni à droite, ni à gauche.

La moitié de la figure droite est normale.

La moitié de la figure gauche est épaissie sur toute sa surface, turgescente ; le pli naso-labial est légèrement effacé, les lèvres du côté gauche, et particulièrement la lèvre supérieure, sont épaissies, la langue est plus grosse que normalement et spécialement du côté gauche, où l'on voit très nettement l'impression des dents.

La muqueuse jugale est tuméfiée, hypertrophiée du côté gauche.

Dos du nez en selle, un peu de rhinite chronique simple. Les fosses nasales ne présentent pas d'autre altération. La luette est partiellement bifide. Goitre peu volumineux, surtout à droite.

Sur la paupière supérieure se trouve une tumeur de la grosseur d'une noisette, intéressant la moitié externe du tarse, de consistance ferme, sur laquelle on ne peut mobiliser la peau, et qui semble due à l'épaississement de la paupière elle-même. La peau a une coloration rouge pâle, en sorte que la partie tuméfiée tranche sur la région voisine normale, par une coloration beaucoup plus éclairée. La tumeur est mal limitée, et se confond peu à peu avec la peau saine. Le bord de la paupière est entropionné par suite de l'augmentation de volume de la partie tuméfiée ; les cils frottent sur le bulbe.

Vers le canthus interne, dans la région du sac lacrymal se trouve une seconde tumeur, qui est plus molle et a une coloration rouge bleu. Cette tumeur se termine en haut dans un bourrelet plat de la peau, qui dépasse un peu la paupière supérieure, comme cela se voit dans l'épicanthus, et est limitée par une fine cicatrice linéaire.

A la paupière inférieure on voit une tumeur de 2 cent. 1/2 de longueur sur 3/4 de cent. de largeur de coloration bleu-rouge, éloignée d'un centimètre environ du rebord palpébral, dépassant le rebord orbitaire inférieur et s'étendant parallèlement à lui avec une légère inclinaison en bas. Ce bourrelet est de consistance molle ; par la compression il disparaît en partie, et la

(1) D'après Hirschberg, 12 pour cent des malades qui viennent consulter l'oculiste sont syphilitiques.

peau paraît alors légèrement ridée ; mais aussitôt que le doigt a cessé de la comprimer, la tumeur se remplit à nouveau.

Anamnestiques : Les parents, grands-parents, bisaïeuls, frères et sœurs, ne présentent pas cette lésion. L'accouchement, d'après le dire de la patiente, fut normal ; rien de particulier à noter dans les premiers jours de sa vie.

A l'âge de 6 semaines, la moitié gauche de la figure se développe plus que la moitié droite ; depuis ses premières années jusqu'à il y a 3 ans, la malade eut, chaque année, et indépendamment de la saison, un érysipèle sur la moitié gauche de la face. Cet érysipèle évoluait régulièrement de la façon suivante : la moitié gauche de la face devenait rouge et et il se formait alors des vésicules, qui crevaient et dont suintait un liquide jaune transparent. Ceci s'accompagnait de fièvre et de douleurs. La menstruation apparaît à 14 ans sans rien changer. Cet érysipèle annuel disparut il y a quatre ans. lorsque, fait curieux, notre malade quitta son lieu de naissance, Eckardts-Lausen, pour venir à Stuttgard.

A l'âge de 7 ans, elle reçut une pierre sur l'œil gauche. Le médecin qui la soignait alors pratiqua le cathétérisme des voies lacrymales. parce que le sac avait été blessé. A partir de cette époque se seraient développées la tumeur blanche de la paupière supérieure et la tumeur bleue de la paupière inférieure, ainsi que celle du canthus.

Comme on le voit, le diagnostic présentait de réelles difficultés. Ce fait que tous les ans se reproduisait un érysipèle avec fièvre, et l'épaississement de toute la figure, qui en imposait pour un œdème chronique, firent d'abord penser à un éléphantiasis.

D'autre part, la forme des tumeurs ne correspondait pas à la description des cas signalés jusqu'ici. Car dans tous ces cas, la paupière participait en entier au processus, et non partiellement comme dans le cas présent.

La forme et la couleur, le siège de cette tumeur bleu-rouge, ainsi que ce fait qu'elle se réduit par la pression firent penser à une ectasie veineuse.

En réunissant tous ces symptômes, il fallait de nouveau se ranger au diagnostic d'éléphantiasis nostras, car de cette façon seulement on pouvait rapporter à une même cause ces trois altérations : œdème chronique de la moitié gauche de la face, épaississement des lèvres et de la langue, les lymphangiomes (ces tumeurs se présentaient comme telles) de la paupière inférieure et la tumeur dure de la paupière supérieure. En raison du goitre et pensant à la possibilité d'un trouble de nutrition d'origine myxœdémateuse je prescrivis des tablettes de thyroïdine. Mais ce traitement n'ayant procuré aucune amélioration, on procéda à l'opération le 24 janvier.

On fit d'abord un lambeau cutané de la forme d'une feuille de myrte, dans la région de la tumeur, afin de pouvoir enlever autant de peau qu'il serait nécessaire, pour remettre en place la paupière entropionnée après l'incision de la tumeur.

Puis la tumeur, qui se présentait comme un épaississement de la peau et du tissu sous-cutané, fut extirpée jusqu'au tarse normal, et les bords de la plaie furent suturés. La paupière reprit son aspect normal, et ne paraissait plus augmentée de volume par rapport à la paupière de l'autre côté ; toute sa surface présentait une coloration blanche. La guérison fut rapide.

Peu de temps après cette opération, la patiente dut retourner chez elle à la suite d'un décès dans sa famille.

Je la vis de nouveau le 11 juillet.

La tumeur de la paupière supérieure s'était reproduite en partie, le bord de la paupière commençait à s'entropionner de nouveau,

Le 20 juin, on pratiqua une nouvelle incision, avec enlèvement d'un lambeau de peau, L'extirpation de la tumeur fut suivie d'un curettage au-dessous des lèvres de l'ancienne plaie ; suture. Il fallut naturellement prendre de grandes précautions pour ménager la peau qui était située au-dessus, et dont la nutrition était très mauvaise, comme on pouvait se rendre compte par sa décoloration.

Cette fois encore guérison simple, et la malade quitta it l'hôpital le 2 août.

Au commencement d'octobre, on s'occupa de la paupière inférieure, qui dans l'intervalle avait encore augmenté de volume,

Le 7 octobre, après une ponction exploratrice qui nous montrait qu'il ne s'agissait pas d'une ectasie veineuse, on fit une incision sur toute la longueur de la tumeur. Il s'écoula une certaine quantité de liquide séreux jaune clair ; puis la peau qui recouvrait la tumeur, ainsi que le tissu sous-jacent furent excisés après avoir passé le thermo-cautère sur toute

la surface et jusqu'au tissu sain, on fit la suture. Réunion par première intention. Le 31 octobre, la tumeur du canthus interne fut aussi excisée, la surface cruentée fut cautérisée ; suture,

Cette fois encore guérison simple.

Sur ces entrefaites, reparurent de nouveau de petites tumeurs sur la paupière inférieure après le 7 octobre ; et, fait curieux, ces tumeurs se présentaient seulement entre les points de suture. C'étaient de petites ectasies lymphatiques, semblables à celles qui avaient été cautérisées au galvano, la première le 14 novembre, la seconde le 25 novembre.

De toutes ces altérations, il ne reste plus qu'un épaississement modéré de la moitié externe de la paupière supérieure, qui n'a pas augmenté depuis 2 mois, et une légère cicatrice bleu rouge sur la paupière inférieure et large de 2 mm 5.

Si d'autres ectasies devaient encore se produire, je les cautériserais de nouveau, méthode qui semble plus avantageuse que l'incision simple, parce qu'elle favorise la formation d'une cicatrice solide.

Voici les résultats de l'examen microscopique des pièces.

La tumeur extraite de la paupière supérieure présente un épithélium intact, ainsi que le réseau de Malpighi et les éléments glandulaires. Le chorion, en revanche, est très-épaissi et formé presque exclusivement par un tissu conjonctif de nouvelle formation très riche en noyaux ; il présente presque l'image du fibrome.

Autre est l'aspect fourni par les coupes de la paupière inférieure. — L'épithélium, la couche de Malpighi ainsi que les éléments glandulaires sont encore normaux ; le chorion et tout le tissu conjonctif sous-cutané sont traversés par des vaisseaux lymphatiques et des traînées de lymphe, très développés et souvent anastomosés entre eux ; ils sont garnis d'un mince endothélium. Le tissu conjonctif est très riche en noyaux et présente des fibres très ondulées ; en outre, on rencontre, spécialement autour des petits vaisseaux lymphatiques et sanguins, des amas étoilés plus ou moins grands de cellules rondes de forme variée.

Il s'agit donc certainement d'une hyperplasie anormale du tissu conjonctif, et d'un élargissement des vaisseaux lymphatiques de la peau de la face du côté gauche, avec macroglossie et macrochélie.

Ce terrain ainsi préparé, était, on le conçoit facilement, très apte à être infecté par érysipèle. L'érysipèle produit une dilatation des vaisseaux sanguins, spécialement des veines, consécutive à la gêne du reflux : par le flux artériel, le sérum du sang filtre sous une forte pression à travers les capillaires, il se produit de l'œdème.

Mais avant qu'il ne puisse se produire une guérison, de nouvelles inflammations ont lieu, le tissu reste alors dans un état œdémateux chronique. La lymphe accumulée n'est pas reprise par les vaisseaux lymphatiques, les ectasies augmentent. De nouvelles poussées reproduisent une nouvelle hyperémie et augmentent la stase. Il se forme ainsi un cercle vicieux.

L'élargissement des voies lymphatiques prédispose à l'inflammation; l'inflammation augmente de nouveau l'œdème chronique et la dilatation des vaisseaux lymphatiques. Ces circonstances rendent le terrain toujours plus favorable à une infection par érysipèle, et c'est ainsi que se forme la maladie en question.

A la paupière supérieure s'est encore ajoutée une hyperplasie de tissu conjonctif, provoquée par l'inflammation chronique.

J'ai recherché dans la littérature jusqu'en 1840, et je n'ai trouvé que 5 cas entièrement semblables au mien sur 18 de la même nature. Ce qui montre bien la rareté de cette affection.

Dr Abt (de Nancy).

III

Cornes palpébrales

par le Dr Albert Terson.

Les cornes palpébrales constituent une affection assez peu fréquente pour que la publication de ces faits conserve une certaine originalité,

Le Dr Zarzycki, dans sa récente thèse (1) inspirée par nous, rapporte en tout 19 observations de ce genre. On sait que ces productions s'observent dans les deux sexes et généralement après 40 ans. Toutefois, nous en avons observé un cas chez une jeune femme de 27

(1) Zarzycki.—Etude sur les cornes palpébrales. Thèse de Paris, 1901.

ans, et Natanson en a trouvé chez un ouvrier âgé de 18 ans.

Elles paraissent un peu plus fréquentes chez la femme et, en particulier sur les cinq cas que nous avons observés, il y avait 4 femmes et un homme. Ces cornes poussent à peu près aussi souvent à la paupière inférieure qu'à la paupière supérieure et quelquefois même sur le bord libre entre les cils. Leur dimension est naturellement variable. La plus longue qui ait été notée est celle publiée par Shaw, où la corne avait 4 centimètres et demi de longueur. Les cornes que nous avons observées avaient cinq millimètres de long chez deux malades, un centimètre 1/2 chez une autre, six millimètres dans un autre cas, enfin 13 millimètres chez la malade dont nous donnons ci-contre la photographie. Notre première observation concerne un homme de 56 ans venu à l'Hôtel-Dieu et opéré par M. Panas. Nous avons communiqué à la Société de dermatologie 1894, de très nettes *coupes histologiques*, qui présentaient le type de la corne cutanée, bien connu aujourd'hui dans tous ses détails. Une autre observation a trait à une femme de 40 ans portant une petite corne partant, comme chez le malade précédent, du bord ciliaire et née absolument entre les cils de la paupière inférieure. Notre troisième cas (thèse Zarzycki) concerne une corne palpébrale de la partie moyenne de la paupière inférieure chez la jeune femme de 27 ans dont nous avons parlé. Nos deux dernières observations, dont une a été publiée intégralement dans la thèse de Zarzycki, nous ont paru offrir un intérêt assez particulier.

Une de ces malades est une femme de 42 ans, atteinte d'une corne palpébrale de 5 mill. de long sur la peau de la paupière supérieure droite, à 2 mill. au-dessus de la commissure externe. Ce qui est tout à fait rare, c'est que cette malade est la *sœur d'une autre de nos malades atteinte d'épithelioma mélanique typique du limbe cornéen*, épithélioma opéré par nous il y a 6 ans (ablation, curage et cautérisation ignée de l'emplacement de la tumeur), ayant récidivé après 4 ans, sur place, opéré de nouveau et ne présentant plus depuis deux ans de récidive (à signaler la récidive après 4 ans de guérison en apparence totale et qu'on aurait pu considérer comme absolue). Ces deux sœurs, dont l'une était atteinte de corne palpébrale et d'autres néoplasies (fibromyome utérin) et l'autre d'épithélioma du limbe, présentaient des *antécédents familiaux néoplasiques*. La grand'mère est morte d'un cancer utérin et un frère d'un cancer de l'estomac. Les deux malades sont de plus très rhumatisantes. Dans une autre observation (Spietschka), on a signalé la coexistence d'une corne palpébrale avec un épithélioma de l'oreille sur le même sujet.

Notre cas prouve que, bien que bénigne, cette néoplasie a une affinité héréditaire avec d'autres tumeurs et se produit sur un terrain prédisposé.

Le 23 janvier 1900, nous avons enlevé chez une femme de 50 ans une corne de 13 millimètres de long, située, comme l'indique la photographie, à 1 millimètre au dessus du bord ciliaire.

Nous n'avons observé dans aucun cas une récidive après l'opération. Nous avons pour habitude, comme pour les autres tumeurs palpébrales pédiculées, de tracer après injection sous-cutanée de cocaïne à 1 0/0 et de dédécouper autour du point d'implantation un losange horizontal de *peau saine* qui se réduit ensuite, avec ou sans point de suture, suivant son étendue, à une ligne horizontale invisible perdue dans les plis palpébraux. On se gardera donc de se borner, comme on le recommande encore dans divers traités, à l'excision pure et simple de la corne au ras de la peau ou à un traitement par les topiques.

L'histologie des cornes palpébrales, papillo-

mes cornés, est suffisamment connue. Il était intéressant cependant d'y pratiquer la recherche du *glycogène*. On sait (Brault) que le glycogène est abondant dans les tumeurs malignes en général, au point que Brault a proposé de baser le pronostic des tumeurs sur la recherche de glycogène, les tumeurs bénignes n'en contenant que peu ou pas. Zarzycki, que nous avons engagé à cette recherche sur une des cornes enlevées par nous, n'a trouvé qu'une quantité infime de glycogène dans quelques cellules des papilles.

La corne palpébrale reste donc, à ce nouveau point de vue, une production bénigne ; mais comme elle peut à un moment donné se transformer en tumeur maligne, il y a intérêt à s'assurer par les moyens si simples recommandés par Brault (1) de la présence et de la quantité de glycogène contenu dans une corne palpébrale enlevée, de même qu'on le recherchera dans les *tumeurs malignes* de l'œil et des annexes. Il y a une telle différence dans les tendances à la récidive dans les épithéliomes et les sarcomes sur divers sujets, alors qu'au microscope, *la structure est la même* pour un épithéliome ou un sarcome à récidive large et rapide et pour d'autres qui ne récidiveront pas, qu'il faut encore s'aider de cet élément de pronostic.

IV

Deux cas de fracture de la voûte orbitaire. Guérison, par le Dr Guibert (La Roche-sur-Yon).

I. La gravité des fractures de l'orbite est bien plus considérable quand la force vulnérante a porté exclusivement sur la paroi supérieure en la brisant, au lieu de s'épuiser en partie sur le rebord orbitaire. C'est ce qu'établit nettement la statistique de Berlin qui, sur 52 cas recueillis, a trouvé 41 cas de mort (De Wecker, t. IV, page 788). Aussi suis-je heureux de publier deux cas dont l'issue a été au-delà de toute espérance. Ces deux observations, dont la première est peut-être unique par la cause de la fracture, prouveront de plus que l'absence de toute intervention directe sur la voûte orbitaire peut amener une guérison complète que n'aurait peut être pas donnée une intervention plus hardie.

En 1897, je suis appelé à Saint-Pompain (Deux-Sèvres) par mon collègue, le Dr Joffrion, de Benet. Le jeune M. . ,de Massigny, âgé de 20 ans, était couché sans connaissance ; la veille, apercevant un cerf qui, forcé par une meute, était venu, épuisé, se réfugier près de la maison d'habitation, il eut l'idée, le voyant couché, d'aller le saisir par les cornes. Au même instant, l'animal relève brusquement la tête, le jeune homme pousse un cri et tombe par terre sans connaissance, la figure couverte de sang. On le transporte sur son lit où je le trouve étendu 24 heures après l'accident.

Le blessé est dans le coma complet, il ne peut répondre à aucune question, le pouls est petit, la respiration lente, la figure pâle, on perçoit parfois quelques mouvements dans les membres du côté gauche ; mais le bras et la jambe droite sont complètement paralysés.

Enlevant les compresses qui recouvrent la plaie, j'aperçois aussitôt l'œil sur le milieu de la joue, près de l'aile du nez ; la cornée est flasque, et la conjonctive, qui adhère au globe, noirâtre, desséchée et sphacélée, sur une longueur d'un centimètre à partir de son insertion ; la base de la conjonctive près des paupières a son aspect normal ; il semble, en un mot, que tout le contenu de l'orbite ait été repoussé d'arrière en avant, avec un énorme épanchement sanguin du côté temporal qui donne un aspect noirâtre à la conjonctive de ce côté. Le cul-de-sac conjonctival inférieur n'existe plus, le cul de-sac conjontival supérieur est représenté par la seule conjonctive tarsale qui n'a pas pu être décollée ; en un mot, toute la conjonctive est à l'extérieur, tendue au maximum sans un pli. Soulevant cette masse, j'aperçois à un centimètre et demi du rebord palpébral inférieur une plaie linéaire parallèle à ce rebord et longue de trois centimètres. C'est par là qu'est entré le bois pointu du cerf qui a amené cet énorme hémophtalmos.

Dès lors, je fais part aux deux confrères qui m'assistent de la certitude que j'ai d'être en présence d'une fracture de la voûte orbitaire ; l'état général n'étant pas en rapport avec une simple exophtalmie traumatique ; la suite devait confirmer ce diagnostic de tout point.

Mon intervention se borne à sectionner la conjonctive sphacélée à l'union de la conjonc-

(1) Brault. — Le pronostic des tumeurs basé sur la recherche du glycogène. Paris, 1899.

tive saine ; et saisissant l'œil, il me vient aussitôt à la main avec une longueur de deux centimètres 1/2 du nerf optique, et des lambeaux de muscles pendant à leurs insertions à la sclérotique. Les gaines du nerf optique sont sectionnées un demi-centimètre plus loin que le nerf, elles sont effilées, à bords irréguliers ; c'est donc au fond de l'entonnoir formé par l'insection des muscles, presqu'à l'entrée du canal optique, que le nerf a été sectionné, ainsi, forcément, que l'artère et la veine ophtalmique. Immédiatement, il *s'écoule la valeur d'une cuiller à bouche de substance cérébrale*. Le malade n'a pas donné le plus léger signe de sensibilité ; il reste toujours dans le coma, car il est bien inutile de dire qu'aucun anesthésique n'avait été administré.

L'intervention s'arrête là ; tamponnement à la gaze iodoformée. Dans les jours suivants, le malade commence à remuer la jambe et le bras droits ; l'intelligence revient, mais il existe de l'aphasie, la langue est noire et sèche ; pendant les six premiers jours, la température est à 38°5, puis elle descend à 37°5. Au huitième jour, il sort de la plaie la valeur d'un dé à coudre du pus ; les quelques lambeaux sphacélés de conjonctive qui restaient s'éliminent et l'énorme prolapsus commence à rentrer ; si bien qu'au bout de quinze jours, le cul-de-sac inférieur est reformé et que les paupières recouvrent la conjonctive qui ne fait plus hernie. A partir de ce moment, on applique un pansement humide pour aider à une plus prompte résorption de l'hématome orbitaire, car le cul-de-sac supérieur reste toujours effacé. La paupière supérieure, noirâtre, retombe flasque et paralysée ; le quinzième jour, le malade fait le tour de sa chambre en s'appuyant sur ses parents. La parole est presque complètement revenue ; pendant un mois une légère suppuration persiste au centre de l'orbite, sortant par un étroit orifice fistuleux ; enfin la sécrétion se tarit. Le ptosis paralytique est complet ; l'anesthésie de toute la région frontale gauche est absolue sur une largeur de cinq à six centimètres jusqu'au sommet de la tête.

Aujourd'hui, 5 ans après l'accident, le ptosis persiste ; la zone d'anesthésie s'est rétrécie, elle est réduite à une bande de deux centimètres au niveau du sus-orbitaire. Toutefois, la paupière supérieure s'est considérablement rétractée ; la paupière inférieure est légèrement atteinte d'entropion par suite de l'action de la cicatrice produite par la corne du cerf qui l'a traversée complètement. La dépression du cul-de-sac supérieur existe toujours, réduite, mais ne diminuant plus depuis deux ans au moins ; aussi le port d'un œil artificiel est-il difficile, bien que le malade en ait fait exécuter un spécialement ; toutefois, on pourra remédier au défaut actuel en diminuant considérablement le rebord supérieur de la coque oculaire et en augmentant le rebord inférieur de façon à relever la pupille qui par suite du prolapsus de la voûte orbitaire a tendance actuellement à regarder en bas, il suffira de l'obliger à basculer d'avant en arrière.

Il n'existe aucun trouble des facultés intellectuelles ; la mémoire est intacte, il n'y a pas de maux de tête et le blessé s'est livré depuis 5 ans à ses travaux ordinaires d'agriculture.

J'ai tenu à laisser passer ces 5 années avant de publier cette observation pour être certain que la guérison se maintiendrait ; il ne peut être question maintenant, je l'espère, ni d'abcès cérébraux, ni de méningite. La guérison doit être attribuée en partie à la robuste constitution du sujet, fils de parents extrêmement vigoureux. L'infection n'a pas gagné les méninges ; en eût-il été ainsi au cas où l'on aurait songé à enlever les esquilles qui ont dû comprimer et déchirer la substance cérébrale ! Je n'ose l'affirmer. L'état du malade ne permettait pas d'escompter un aussi beau résultat, j'avais pronostiqué un dénouement fatal, je l'avoue. Aussi, suis-je heureux d'enregistrer la guérison tout en constatant qu'au point de vue thérapeutique je n'ai pas eu, loin de là, à me repentir de mon expectation.

II. — Je serai plus bref sur la deuxième observation, n'ayant eu l'occasion d'observer la malade qu'une fois, un an après son accident. Voici les renseignements que son médecin, le Dr Barré, de la Gaudonnière, veut bien m'adresser.

Le 2 février 1892, une jeune femme de 27 ans reçoit, à une distance de dix à douze mètres un coup de feu en pleine figure. La charge porte surtout sur le côté droit ; l'œil droit est complètement enlevé, les régions frontale, temporale et malaire sont couvertes de grains de plomb et de morceaux de verre. L'œil gauche, endommagé, reste encore en place ; le nez a

été peu intéressé. Aussitôt et pendant les quinze jours qui suivirent il y eut d'abondantes et nombreuses hémorrhagies.

La suppuration a duré huit mois avec élimination de séquestres provenant des différentes parois de l'orbite droit ; l'eau boriquée qui sert aux pansements retombe encore aujourd'hui de l'orbite dans la bouche, et l'on peut voir une large communication qui existe avec les fosses nasales. Il n'y a plus trace de paupières, ce n'est qu'un tissu cicatriciel accolé au rebord osseux en continuité avec la membrane cicatricielle qui tapisse une cavité de 4 centimètres 1/2 de profondeur. A gauche, le sourcil existe en partie, et il reste un moignon d'œil atrophié.

Les facultés intellectuelles sont intactes, il n'y a pas de phénomènes paralytiques.

Ces deux observations, la première surtout, donnent raison aux chirurgiens qui prétendent que dans les cas de fractures de la voûte orbitaire, il ne faut pas intervenir si des phénomènes cérébraux graves n'en font pas l'obligation immédiate. Il est certain qu'aucune intervention n'eût donné de plus beaux résultats que ceux mentionnés plus haut ; il est même permis de se demander s'il elle n'eût pas été nuisible.

REVUE CLINIQUE

Maladies peu connues du nerf optique

Dr A. Siegrist.

Privat-docent à Bâle.

Archiv. f. Augenheilkunde, XLIV.

Siegrist après avoir examiné un grand nombre de nerfs optiques et constaté des altérations très variées, trouve que, malgré de nombreuses différences, malgré la multitude de leurs formes, ces altérations ont beaucoup de caractères communs ; aussi il suppose que toutes ces maladies du nerf optique se réduisent à une et même maladie, dont le développement se trouve être plus ou moins avancé, ou à des stades différents.

Un caractère commun à toutes ces altérations consiste en ce que le nerf, aussitôt fixé dans le liquide de Müller, présente macroscopiquement, des foyers pathologiques que l'on perçoit très distinctement sur la surface de section, sous forme de points ou de traits plus clairs, qui par leur réunion forment des taches claires ou des figures lobées, qui tranchent sur la surface de section plus foncée du nerf.

Un autre caractère commun, décelé par le microscope, mais plus ou moins apparent, consiste en ce que les foyers de taches ne se présentent pas au même endroit sur les différentes coupes du même nerf ; perçues à tel endroit par exemple du centre ou de la périphérie de la surface de section, elles se trouveront, quelques millimètres plus loin, en un autre point. Jamais ces foyers n'occupent la même place, et n'ont la même importance sur les différentes coupes du même nerf. Leur siège de prédilection se trouve être la périphérie des surfaces de section du nerf. En ce qui concerne leur répartition sur toute la longueur du nerf, on les trouve tantôt exclusivement dans la région du canal optique (ces altérations sont alors le plus souvent au niveau du centre de la surface de section) ou tantôt au contraire à l'extrême voisinage du bulbe, entre lui et le point d'entrée des vaisseaux centraux dans le nerf. Cependant on peut trouver ces altérations uniformément réparties sur toute la longueur du nerf.

Un autre fait mérite d'être signalé : dans les maladies du globe, les taches se trouvent très voisines de lui, c'est-à-dire dans les parties périphériques du nerf (soit sur les bords, soit sur toute la surface de section), mais dans les affections générales, comme l'artério-sclérose, la vieillesse, la néphrite, la leucémie, etc., etc., elles sont disséminées sur toute la longueur du nerf (soit sur les bords de certaines coupes, soit sur toute leur surface, soit enfin seulement dans la région du canal optique et là seulement au centre des coupes.)

L'examen microscopique montre que les taches vues macroscopiquement sur les surfaces de section du nerf optique sont des foyers pathologiques situés au niveau de certains faisceaux de fibres. Ces foyers ont le plus souvent une forme ronde ou ovale, et se trouvent au centre de ces faisceaux dont ils occupent la moitié ou les deux tiers.

Autre fait digne de remarque, contrairement à ce que l'on pouvait attendre, ces foyers se colorent en noir ou en bleu foncé d'une manière élective par la méthode de Weigert. Il arrive très souvent que deux faisceaux voisins présentent des foyers périphériques qui se re-

joignent au-dessus du septum qui les sépare. Quand ces foyers fortement colorés en noir se rejoignent au-dessus des faisceaux et des septa, ils forment une masse noire. Nous sommes alors en présence des formes très avancées de cette altération.

Après une courte bibliographie, l'auteur décrit les altérations très intéressantes, rencontrées sur les 80 pièces qu'il a examinées.

La question la plus intéressante et la plus importante est celle qui concerne la *nature* de ces altérations.

Au niveau des foyers, on constate une dégénérescence d'une partie des faisceaux nerveux du nerf optique, et dans certains cas des faisceaux entiers. Les produits de déchet de cette dégénérescence, probablement des grains de myéline, peuvent infiltrer l'ensemble du système de la neuroglie du nerf ; c'est-à-dire les septa interfasciculaires, le manteau périphérique de neuroglie et la neuroglie qui entoure les vaisseaux centraux, voir même les fibrilles du tissu conjonctif de la gaine pie-mérienne.

Si nous résumons les résultats de ces recherches, nous pouvons conclure à l'apparition, par endroits, d'une décomposition et d'une dégénérescence graisseuse de faisceaux de fibres nerveuses. Par la confluence de plusieurs taches, l'affection peut présenter une forme plus diffuse. Consécutivement à cette dégénérescence, apparaît une infiltration des mailles voisines de la neuroglie par des masses semblables à de la myéline et par de la graisse se colorant en noir par l'hématoxyline de Weigert. Dans la suite, se montrent une prolifération secondaire de la neuroglie en dedans des foyers malades, et un enveloppement des fibres à myéline non encore détruites, peut-être même une néoformation partielle de ces fibres à myéline ; ce qui donne l'image de fibres nerveuses très nombreuses parcourant la préparation — on constate très rarement la résorption totale des amas de substance ramollie, tout au moins dans les zones périphériques.

En ce qui concerne la *fréquence* de cette affection, l'examen pratiqué sur 80 yeux nous renseigne suffisamment. Ces altérations se produisent surtout après les maladies graves du cerveau, de ses enveloppes et de ses vaisseaux, de même dans la thrombose des sinus, la méningite, la papille de stase consécutive à une tumeur ou à un abcès du cerveau.

Elles ne sont pas rares non plus dans les affections générales, et avant tout dans l'alcoolisme, où elles se montrent d'une manière diffuse et peuvent produire des altérations visuelles très graves, de même dans la leucémie, la néphrite, le diabète, l'artério-sclérose et la vieillesse, surtout dans les maladies de la nutrition, dans le sarcome et dans la maladie de Verlhof. Enfin, elles se trouvent régulièrement dans presque toutes les maladies de l'œil, surtout dans la panophtalmie et l'iridocyclite.

Combien de fois ces altérations coïncident-elles avec les maladies de l'œil lui-même ? Sur 80 yeux fixés dans le liquide de Müller, 51 fois l'auteur a pu rencontrer des foyers de dégénérescence au niveau de la partie du nerf attenant à l'œil.

Quelle est la *cause* de cette dégénérescence en forme de taches du nerf optique ? La réponse est difficile.

Dans les différentes maladies générales qui peuvent causer cette affection, telles que artério-sclérose, alcoolisme, néphrite, diabète, leucémie, etc., il s'agit peut être d'un trouble de nutrition de certains faisceaux produit par les toxines qui dans ces affections, circulent dans le sang, ou par des altérations des très petits vaisseaux qui nourrissent les faisceaux atteints. Il est encore impossible d'expliquer pourquoi certains faisceaux seuls sont atteints, et pourquoi les altérations débutent toujours par le centre de ces faisceaux.

Cette dégénérescence en forme de taches du nerf optique a son importance au point de vue pratique. En effet, elle nous montre, que dans l'intoxication alcoolique, la névrite rétrobulbaire n'est pas la seule altération qui puisse survenir ; il peut se produire une dégénérescence graisseuse aiguë ou chronique de quelques ou de nombreux faisceaux nerveux, altérations qui produisent des lacunes importantes dans la vision périphérique et une diminution de l'acuité visuelle.

Nous trouvons souvent chez les personnes âgées, chez des personnes présentant les affections générales les plus variées, une plus ou moins grande diminution de l'acuité visuelle, sans pouvoir en donner une explication suffisante par l'état de la réfraction, les milieux optiques, ou les modifications du fond de l'œil appréciables à l'ophtalmoscope. Il est très possible que, dans ces cas, on puisse attri-

buer la diminution de l'acuité visuelle à la dégénérescence graisseuse de quelques faisceaux nerveux dans une partie quelconque du nerf optique.

L'auteur croit que cette dégénérescence souvent très accentuée des faisceaux nerveux ne retentit pas sur l'œil lui-même par une atrophie descendante secondaire.

Dr Abt (de Nancy).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

Séance du 13 décembre 1901.

Pemphigus généralisé à la peau et aux muqueuses conjonctivales et laryngées.

M. Aubaret présente au nom du Dr Badal un malade atteint de symblépharon de chaque œil. Les culs-de-sac conjonctivaux sont en presque totalité atrophiés. La conjonctive hypérémiée forme un bourrelet autour de la cornée. A l'œil droit, il y a eu iritis exsudative et ulcération de la cornée.

La lésion oculaire a débuté en même temps qu'une affection cutanée caractérisée par des vésicules laissant échapper un liquide jaune citrin. Il reste maintenant sur la peau des taches d'une teinte rosée ayant des dimensions variables et se présentant sur les différentes parties du corps ; cependant elles sont plus abondantes au niveau de la poitrine.

Le voile du palais et l'arrière-gorge présentent des lésions ulcéreuses disséminées en plaques et recouvertes d'un exsudat grisâtre très léger.

Les organes génitaux externes présentent les symptômes suivants : il y a un écoulement uréthral qui est très ancien et un phimosis qui, d'après le malade, ne se serait montré, que lors de l'apparition des symptômes cutanés. Cependant il n'y a au niveau du gland ni brides cicatricielles ni altération analogues à celles que nous avons signalées sur la peau ou sur la conjonctive.

L'état général du malade est mauvais. Les urines contiennent une quantité notable d'albumine.

Il s'agit d'un cas de pemphigus chronique accompagné de lésions graves du côté de l'œil caractérisée par de l'atrophie conjonctivale et du xérosis.

Anévrisme artérioso-veineux de l'orbite.

M. Aubaret présente au nom du Pr Badal un enfant âgé de 9 ans atteint d'exophtalmie à droite.

Cet enfant a été blessé par une aiguille à tricoter qui a pénétré dans l'orbite au niveau de la commissure interne jusqu'à une profondeur qu'on suppose être de 7 centimètres. Pendant les premiers mois après l'accident, on ne remarque qu'un léger strabisme, puis graduellement et insensiblement, l'exophtalmie est survenue en même temps qu'on remarquait de nombreuses varicosités au pourtour de l'orbite occasionnant un gonflement qui déforma la racine du nez, surtout à droite.

Ce qui frappe le plus à un premier examen c'est ce gonflement considérable du système veineux qui converge vers l'orbite : veines de la région angulaire, palpébrale, temporale, veines de la conjonctive, montrent des varicosités bleuâtres des plus évidentes. Par le palper, on a la sensation d'un soulèvement systolique au niveau des zones cutanées saillantes. En même temps, le doigt perçoit un thrill qui est caractéristique.

A l'auscultation, on entend un souffle continu avec renforcement systolique. Ce souffle est perceptible avec la même intensité, quel que soit le point du crâne où l'on place le stéthoscope. La pression des jugulaires au niveau du cou augmente la turgescence des varicosités.

Il s'agit d'un anévrisme artério-veineux de l'orbite facilement supporté par le malade. En effet, cet enfant n'éprouve aucun symptôme fonctionnel, aucune douleur, pas de trouble oculaire ni de trouble de l'audition.

Séance du 10 janvier 1902.

Amputation du segment antérieur de l'œil. Nouveau procédé de suture en bourse et de capitonnage musculaire.

M. Lagrange a modifié de la façon suivante le mode opératoire du procédé de suture conjonctivale avec capitonnage musculaire de MM. Aubaret et Picot après les résections partielles du globe.

Après avoir incisé la conjonctive au pourtour du limbe, répéré et sectionné les muscles, il fait la résection du segment antérieur et, aussitôt après, suture la conjonctive, ou plutôt la ramène au devant du vitré prêt à s'échapper. C'est sous la suture conjontivale *fermée* qu'il ferait en second lieu la suture musculaire.

Ce mode d'opérer aurait l'avantage de réduire les pertes du vitré au minimum.

Séance du 17 janvier.

Sur l'emploi des injections de benzoate de mercure en thérapeutique oculaire.

M. Armaignac examine les diverses préparations mercurielles utilisées en injections dans les cas de syphilis nécessitant une thérapeutique rapide et surtout dans les cas d'affection spécifique de l'œil.

Il a employé la solution de benzoate de mercure telle que l'a formulée Bretonneau :

Benzoate de mercure.....	60 centigr.
Benzoate d'ammoniaque...	3 grammes.
Eau distillée.....	60 grammes.

Il a injecté cette solution à des doses variant de 1/4 de seringue à une seringue de Pravaz dans des affections syphilitiques graves. L'action spécifique du médicament s'est manifesté d'une façon extrêmement rapide. Les malades n'ont ressenti aucune douleur et n'ont présenté aucune réaction inflammatoire, comme cela arrive avec les injections au cyanure ou au sublimé.

Séance du 14 février 1902.

Glaucome chronique double. Sympathectomie.

M. Fromaget présente une malade chez laquelle il a pratiqué diverses interventions pour un glaucome chronique double sans résultat bien appréciable. L'iridectomie, la sclérotomie, l'emploi des myotiques n'avaient produit aucune amélioration sensible.

Il a fait pratiquer par le Dr Sengensse l'extirpation du ganglion sympathique cervical du côté gauche. Après l'intervention, la tension oculaire a diminué dès le deuxième jour ; il s'est produit une légère enophtalmie, mais le résultat définitif a été à peine profitable à la malade dont l'acuité visuelle s'est à peine améliorée.

Tuberculose du tractus uvéal et tuberculose cutanée. Amputation du segment antérieur de l'œil et éviscération.

M. Fromaget rapporte l'observation d'un malade de seize ans, chez lequel il a vu évoluer une tuberculose du côté de l'œil gauche. Des lésions lupiques, survenues au niveau du menton, de l'avant-bras et des fesses, sont venues confirmer le diagnostic.

Au lieu d'énucléer, M. Fromaget s'est demandé s'il ne pourrait appliquer une intervention moins radicale, comme dans les autres cas de tuberculose localisée à d'autres régions. Aussi a-t-il songé à graver et curetter le foyer tuberculeux.

Son mode opératoire a consisté à saisir les quatre muscles, et après avoir amputé le segment antérieur et éviscéré le globe oculaire, il a ramené les quatre muscles au devant de la coque scléroticale complètement évidée.

Il a ainsi cherché à obtenir une réunion par première intention, se réservant ultérieurement de faire dans la coque scléroticale une injection de paraffine pour renforcer le moignon déjà très volumineux.

E. Aubaret.

LIVRES ET THÈSES

Le « livre de la cure des maladies des yeux » de Jean Mésué, médecin arabe du XIe siècle, par le Dr François del Pellegrino.

Le livre de Mésué le Jeune est un petit traité complet d'oculistique telle que l'entendaient les médecins du Moyen-Age.

La pratique de l'ophtalmologie était à cette époque dans les mains des ambulants, des abaisseurs de cataracte et cautérisateurs de fistule, qui s'en allaient de ville en ville, vendant leurs fioles et leurs onguents à la façon des charlatans actuels.

Dans ce livre, il ne faudrait pas s'attendre à voir exposé cette manière de pratiquer l'oculistique, mais plutôt l'ophtalmologie telle qu'elle pouvait être enseignée à cette époque reculée.

La personnalité de Mésué le Jeune est obscure et énigmatique. D'après Léon l'Africain, c'était un chrétien jacobite né à Mardin. Il fit

ses études à Bagdad et apprit la médecine en commentant Avicenne. Il vécut en Egypte, devint familier du Kalife Fathmide el-Hakem, qui le combla d'honneurs et de richesses ; il mourut âgé de 90 ans. On le distingue d'un autre Mésué, dit Mésué l'Ancien qui a écrit un traité connu sous le nom de *Grabadin et Practica*.

Pour certains, il y aurait même trois Mesué, et enfin M. Del Pellegrino ne serait pas éloigné de considérer quatre Mésué. Peut-être cette question doit-elle sa complexité à l'existence de nombreux traducteurs et commentateurs !

Le *Livre de la cure des maladies des yeux*, n'est qu'une partie de l'œuvre chirurgicale de Mésué le Jeune ; il comprend 21 chapitres sur les diverses affections oculaires décrites et les remèdes employés à cette époque reculée.

M. Del Pellegrino s'est servi d'une traduction latine éditée à Lyon en 1525 et d'une autre édition de 1541. L'original arabe a disparu depuis longtemps. Leclerc pense que les diverses éditions latines proviennent non d'un manuscrit arabe, mais d'un manuscrit hébreu.

La traduction de M. Del Pellegrino, écrite dans un français un peu archaïque, offre au lecteur tous les charmes du style du moyen-âge et de la vieille époque de Guy de Chauliac et de Bienvenu de Jérusalem.

E. AUBARET.

Considérations sur les choroïdites infectieuses endogènes, par le Dr LALUNG BONNAIRE. (*Th. de Bordeaux*, 1901-1902.)

Les choroïdites puerpérales sont les plus nombreuses, mais il n'est pas de maladie infectieuse qui n'ait été signalée comme pouvant être suivie d'ophtalmie. L'œil atteint est le plus souvent perdu. Les examens bactériologiques montrent la présence de micro-organismes occupant surtout la chorio capillaire des streptocopes le plus souvent.

La théorie métastatique doit être abandonnée et l'origine microbienne de la lésion ne semble pas douteuse, mais il est difficile d'établir si la suppuration a pour point de départ des embolies des petits vaisseaux, ou l'arrivée des microbes pyogènes qui viennent coloniser librement dans la choroïde.

Dans les formes suppuratives, l'œil gauche est affecté plus fréquemment que l'œil droit ; la proportion serait de 7 à 3. La disposition des gros vaisseaux a été invoquée pour expliquer ce fait : la carotide primitive gauche naissant directement de la crosse de l'aorte les microbes seraient entraînés vers l'œil gauche avec plus de force que vers l'œil droit.

Cette particularité ne se retrouve plus dans les choroïdites par lésions dentaires, où l'affection oculaire semble être le résultat d'une action réflexe.

On ne l'observe pas non plus dans les choroïdites palustres où les désordres oculaires consistent surtout dans un état œdémateux et congestif des membranes profondes avec des hémorragies plus ou moins abondantes liées à la dégénérescence des vaisseaux.

Les amblyopies paludéennes sans lésions ophtalmoscopiques bien apparentes, dites à tort *sine materia*, sont dues en réalité à des névro-rétinites.

De l'extraction du cristallin transparent dans la myopie progressive, par le Dr LEHARDY. (*Th. de Bordeaux*, 1901-1902.)

Après un court chapitre consacré à l'historique de la question, l'auteur expose et discute les indications et les contre-indications de l'extraction du cristallin chez les myopes.

La plupart des opérateurs conseillent de ne pas intervenir avant l'âge de 10 ans, ni après trente ans. Ces préceptes sont contestables. Tout le monde est à peu près d'accord pour ne pas opérer si la myopie est inférieure à 15 ou 18 D.

Une acuité visuelle au-dessous de 1/100, des lésions graves des membranes profondes, sont encore d'après quelques auteurs des contre-indications ; d'autres, d'un avis opposé, pensent que l'opération ne peut avoir qu'une influence heureuse sur les altérations du fond de l'œil.

Une contre-indication formelle serait la perte antérieure d'un l'œil pour n'importe quelle cause. Mais pourquoi s'abstenir si, en présence d'une myopie maligne, l'extraction du cristallin est le seul moyen de prévenir la perte de la vue ?

M. Lehardy passe ensuite en revue les différents procédés opératoires, extraction linéaire simple ou à lambeau, avec ou sans discision préalable ; extraction de la capsule, discision suivie d'aspiration. La discision suivie quelques jours après de l'incision linéaire lui semble le procédé de choix.

L'auteur passe bien légèrement sur les accidents qui peuvent être la conséquence de l'opération. Le décollement de la rétine est un des accidents postopératoires les plus redoutables ; les sujets atteints de lésions choroïdiennes y seraient moins exposés que les autres par suite des adhérences qui s'établissent entre les membranes de l'œil.

Contribution à l'étude des amputations partielles du globe oculaire, par le Dr René Mondiet. (*Th. de Bordeaux*, 1902.)

Les avantages de la chirurgie conservatrice du globe ne sont plus à discuter, et si l'on a trop abusé de l'énucléation à une certaine époque, une tendance plus modérée s'est accentuée dans ces temps derniers. M. Mondiet a essayé d'aller plus avant dans cette voie. Envisageant les procédés opératoires mis en usage pour conserver la plus grande partie de l'œil opéré, il a montré qu'actuellement la technique permettait de réaliser dans ce but des résultats inattendus.

S'arrêtant à cette méthode d'amputation suivie de suture conjonctivale avec capitonnage musculaire, il a insisté sur la supériorité de ce mode opératoire.

Cette méthode offre de réels avantages et consiste à ramener au-devant du globe oculaire béant un plan musculo-aponévrotique suffisant à lui seul à maintenir la pression du vitré.

Cette méthode a, depuis, été employée par d'autres chirurgiens avec quelques modifications de détails. M. Fromaget a ramené les muscles sans les sectionner et en passant un fil au-dessous d'eux au niveau de leur insertion.

M. Lagrange fait la suture conjonctivale au préalable et suture les muscles au-dessous et de cette manière réduit au minimum les pertes de vitré.

Mais envisageant la question à un autre point de vue, M. Mondiet a examiné à nouveau les indications des amputations partielles et a pour ainsi dire élargi leur cadre.

Il n'est plus besoin de se demander si la section du globe doit passer, en avant, au niveau ou en arrière du limbe. La règle formulée est la suivante ; on sectionnera en arrière du segment malade, et la partie de l'œil restée saine sera conservée, réalisant ainsi un moignon naturel qui vaudra tous les moignons artificiels.

E. Aubaret.

BIBLIOGRAPHIE

Abolition de la vision centrale à la suite d'un examen prolongé de l'éclipse du soleil, par Siméon Snell. F. R. C. S. (*British medical Journal*, 18 janvier 1902, page 130.)

Un homme de 40 ans, après un examen prolongé de l'éclipse solaire du 28 mai 1900, d'abord au moyen d'un verre bleu, puis d'un verre rouge et enfin, à l'œil nu, fut pris, une heure ou deux après, de troubles de la vision directe des deux yeux. Il existait un véritable scotome. L'examen ophtalmoscopique montre un léger trouble péripapillaire. L'auteur prescrivit de l'iodure de potassium et le port de verres colorés.

Les troubles disparurent peu à peu et le 5 juillet, la vision des deux yeux était normale.

Dr Laas (Giessen). — **Double phlegmon de l'orbite.** (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1901, n° 3, p. 23. — *Opht Klinik*, n° 3, 1902.)

Un jeune homme de 21 ans ayant eu un furoncle de la racine du nez se présente quinze jours après à la clinique de Giessen avec les symptômes d'un phlegmon de l'orbite droit. A gauche, on ne remarque rien de particulier. La nuit suivante on constate aussi des signes de phlegmon de l'orbite du côté gauche, avec signes de compression qui font penser à une thrombose des sinus. A droite, papille de stase, rien à gauche. On pratique quatre fois l'ouverture à la partie supérieure de l'abcès orbitaire, alors subitement se produit une diminution de la protusion du globe. A gauche on constate, le 6e jour, un exsudat jaunâtre subchoroïdien et subrétinien à la partie temporale du globe. Au 21e jour, on dut ouvrir un abcès épibulbaire du côté du nez, qui fit disparaître l'exsudat. Huit semaines après, le globe avait repris sa place. A droite, diminution de la motilité en haut, en bas, en dedans.

L'absence d'altération du nerf optique est exceptionnelle. L'ulcération de la cornée fut évitée par un pansement humide et continu. L'exsudat sous-choroïdien et sous-rétinien n'a pas encore été décrit. Il doit être en relation avec l'abcès épibulbaire. L'ouverture aussi hâtive que possible de l'abcès orbitaire a une

grande importance, malgré la persistance des signes de compression dans notre cas.

Le phlegmon orbitaire double est excessivement rare, et le plus souvent son pronostic *quoad functionnem et vitam* est sévère. La mort se produit par propagation au cerveau de la thrombose des veines de l'orbite et des sinus caverneux ; la perte de la vue par ulcération de la cornée et atrophie du nerf optique. La participation des deux orbites peut se produire par voie intra ou extra crânienne.

(Dr Abt. trad.)

Dr Salomonsohn (Berlin). — **Sur l'innervation unilatérale du muscle frontal dans un cas de paralysie complète de l'oculomoteur. Une nouvelle lunette à ptosis.** (*Berliner Klin. Wochenschr.*, 1901, n° 26). — (*Opht. Klinik*, n° 3, 1902).

Un homme de 49 ans, à héridité nerveuse chargée, alcoolique, non spécifique se plaint de diplopie et de douleurs partant de l'œil gauche. On constate seulement une raideur réflexe de la pupille et une parésie de l'accommodation. 14 jours après, se produit une paralysie complète de l'oculomoteur gauche. On administre de l'iodure de potassium, puis une cure prolongée de frictions mercurielles. Le mois suivant, se montre à droite aussi une paralysie de l'oculomoteur. Puis on observe une paresthésie de la sphère du trijumeau, une disparition complète du goût et une diminution notable de l'odorat. Rien d'autre à noter. Cependant, un peu après, le patient se plaint de maux de tête et montre des modifications psychiques.

Salomonsohn s'étend peu sur la question des localisations. Il regarde comme probable une combinaison d'altérations nucléaires et nerveuses ; mais il décrit avec détail les signes de l'innervation unilatérale du muscle frontal. Le patient, qui a un ptosis double complet peut relever la paupière supérieure droite assez haut pour pouvoir voir, mais au moyen seulement de la contraction du frontal droit. Mais il ne peut maintenir l'innervation du frontal droit, quand la paupière gauche est relevée d'une manière passive, car la diplopie qui apparaît alors fait disparaître l'effort inconscient qui relève la paupière droite. Pour favoriser le relèvement de la paupière sans l'intervention du frontal, Salomonsohn a fait construire au patient une lunette à ptosis, dont le fil releveur de la paupière en forme de point d'interrogation, vient s'attacher non au verre de la lunette mais sur la selle. (Dr Abt, trad).

Feilchenfeld. — **Sur la vision simple dans les paralysies musculaires congénitales. Recherche sur un cas de paralysie de l'oblique.** (*Zeitschrift. für Augenheilkunde*, VI., 3.)

Ce cas de paralysie de l'oblique était compliqué d'asymétrie de la face, de parésie des autres muscles, de microphtalmie de l'œil gauche, de persistance de la membrane papillaires, d'astigmatisme myopique inverse et d'abaissement de ce même œil. Ce qui rendait ce cas particulièrement intéressant, c'est la production d'un mouvement de recul chaque fois que l'objet était assez rapproché, pour que la convergence produite par la paralysie de l'abducteur ne produisît de diplopie. Feilchenfeld explique l'absence de diplopie suivant les vues de Schmidt-Rimpler, en admettant que dans les paralysies congénitales la vision simple binoculaire ne s'est pas encore développée.

(Dr Abt, trad.)

GÉLULES
CAPSULES GÉLATINEUSES PERFECTIONNÉES
se faisant en sept grandeurs
SUPPRESSION DES CACHETS
Notice et Échantillon sur demande.
Pharmacie BÉRAL
14, Rue de la Paix, 14
PARIS

PRODUITS ET PANSEMENTS POUR L'OPHTALMOLOGIE
Ballons Pipettes stérilisés pour collyres aseptiques.
PANSEMENTS AU CELLULIN HYDROPHILE (PAPIER DE BOIS DE PIN)
CHEVRETIN et LEMATTE, PHARMACIENS DE 1re CLASSE
Fournisseurs des Hôpitaux.
224, Rue Caumartin, PARIS. —*— TÉLÉPHONE : 245-56